

# 高齢者インフルエンザ及び新型コロナワクチン定期予防接種 市外接種依頼書交付申請書

令和 年 月 日

健康推進課長 様

(市・町・村)の(医療機関名) において、

(該当の予防接種に☑してください)  高齢者インフルエンザ

高齢者新型コロナワクチン

の予防接種を受けたいので依頼書の発行を申請します。

申 請 者	氏 名	続柄 ( )
	住 所	天理市 町
	電 話	
被 接 種 者	氏 名	
	生年月日	T・S 年 月 日 : 満( )歳
	住 所	天理市 町
	電 話	
	市外接種理由 該当に☑	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他( )

市外接種の自己負担金徴収しました。

高齢者インフルエンザ1,500円  高齢者新型コロナワクチン 2,500円 徴収者サイン( )

高齢者(インフルエンザ・新型コロナ)の自己負担金の助成を受けたいので申請します。

申請者氏名( )

申請を受けた後、生活保護受給票で確認または社会福祉課に該当かどうか

確認することに ( 同意します ・ 同意しません )

確認職員名 ( )